

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 26

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE

CANCER DU CUIR CHEVELU

CHEZ LES JEUNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1914

PAR

Pierre LUCIANI

Né à Bastia, le 8 septembre 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur. <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		FORGUE, professeur.		
		MASSABUAU agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

LE
CANCER DU CUIR CHEVELU
CHEZ LES JEUNES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSÉSSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . . .	MM. GRASSET (O. *).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Chimie médicale.	VILLÉ.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DU CAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*).

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé lib.
Clinique annexe des mal. des vieillards. . .	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agr. lib.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	ETIENNE
LAGRIFFOUL	DERRIEN	RIMBAUD
LEENHARDT	P. DELMAS	ROGER
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIERE	MARQUÈS ch. d. l.

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, <i>prof., président.</i>	MM. MASSABUAU, <i>agrégé.</i>
FORGUE, <i>professeur.</i>	ETIENNE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

LUCIANI.

à nous-même; c'est la lutte pour la vie qui commence. Mais malgré les exigences de la vie moderne, nous aurons à cœur de nous conformer toujours aux belles règles de la déontologie, et notre conscience nous dictera nos devoirs professionnels et humanitaires, si bien exprimés par le beau et sublime serment d'Hippocrate.

Nos remerciements émus vont à notre père, qui a toujours subvenu largement à nos besoins et dont les sacrifices nous ont permis d'achever nos études.

Nous n'oublierons pas non plus les maîtres de l'Ecole de Marseille, qui nous inculquèrent les premières notions du noble art, et enfin les maîtres de la Faculté de Montpellier, qui parachevèrent notre instruction médicale.

LE

CANCER DU CUIR CHEVELU

CHEZ LES JEUNES

On sait que le cancer est rare chez les jeunes; les tumeurs malignes chez les enfants sont constituées par des tératomes ou des sarcomes, et l'épithélioma est l'exception dans les premières années de la vie.

Aussi la constatation basée sur des documents histologiques indiscutables d'un cancer du cuir chevelu chez un enfant, un jeune garçon de 14 ans, nous a incité à faire quelques recherches sur ce point.

Nous ne voulons pas faire une longue revue générale sur le cancer du cuir chevelu, aujourd'hui bien connu, mais nous tenons à mettre en valeur une observation particulièrement intéressante.

La notion de l'existence possible du cancer du cuir chevelu chez de jeunes sujets, présente un intérêt diagnostique et thérapeutique très important. Chez les enfants, en effet, les ulcérations rencontrées au niveau des téguments du crâne font songer à l'ostéomyélite, à la tuberculose ou à la syphilis; la possibilité du cancer est écartée justement à cause de la notion d'âge, et cependant, un

diagnostic précoce est ici indispensable, car on n'aura des chances d'obtenir la guérison que si l'on s'adresse au néoplasme, alors qu'il est encore limité, et mobile sur les plans sous-jacents.

Nous tenons, avant d'entreprendre ce travail, à remercier M. le professeur Elstor, qui a bien voulu nous confier une observation de son service et nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La question du cancer du cuir chevelu était autrefois très vague, et dans les divers auteurs où l'on trouve mention de ces productions, il est impossible de savoir à quelle variété de tumeur on avait affaire : sarcome, cancer, kyste, etc...

C'est Saint-Ange, interne de Labbé, qui, en 1877, présente à la Société Anatomique un jeune homme en prononçant pour la première fois le nom d'épithélioma du cuir chevelu.

Il est intéressant de noter que la première observation précise de cancer du cuir chevelu se rapporte à un jeune (le début remontait à l'âge de 13 ans). Depuis, de nombreux travaux sont venus parfaire l'étude de cette affection. Nous citerons des publications allemandes dues à Nobiling (1869), Lossen (1879), Thiersh (1879), Langenbeck (1881); Czerny (1882), Kroenlein (1899), Braun (1891).

Le très intéressant mémoire de Pousson (de Bordeaux), présenté par Kirmisson à la Société de Chirurgie en 1889.

Nous ne pouvons citer tous les travaux parus sur la question; nous signalerons les thèses de Poret (Lyon, 1893), de Brice (Lyon, 1895), de Puginier (Montpellier, 1897), et le travail plus récent d'Iconomoff (Bordeaux, 1903).

ETIOLOGIE

Chez l'adulte, les causes habituellement invoquées pour expliquer la formation des cancers du cuir chevelu sont la préexistence de papillomes, de cicatrices, de loupes, de cornes, etc. L'observation III d'Esmarch en constitue un bel exemple.

Il n'est pas rare, puisqu'il représenterait, suivant les statistiques, 5,33 0/0 (Bergmann) de la totalité des épithéliomes, ou même 6,28 0/0 (Hemecke).

Chez les jeunes il est très rare, et il est difficile d'expliquer la production de ces tumeurs; la malpropreté est cependant une cause d'irritation évidente.

La contusion locale, le traumatisme, les inflammations antécédentes sont aussi invoquées, mais ce seraient tout au plus des causes adjuvantes.

La notion d'âge est très importante, puisque la majorité des épithéliomas du cuir chevelu se rencontre au-dessus de 40 ans.

Mais Chipault en a observé chez des enfants de 4 et 8 ans.

Braun, chez un enfant de 15 ans.

Lossen, chez une jeune fille de 18 ans.

Notons que, dans l'observation que nous publions, le début remontait à l'âge de 6 ans.

Le début se fit dans un cuir chevelu malpropre, par une petite tumeur du volume d'une lentille.

La malpropreté habituelle du cuir chevelu est notée par la majorité des auteurs, mais il est bon de remarquer qu'on a aussi invoqué parmi les causes étiologiques du cancer du cuir chevelu, l'irritation répétée consécutive à l'emploi du peigne.

SYMPTOMES

Le cancer du cuir chevelu, comme la plupart des cancers, évolue lentement, insidieusement. Il suffit de lire les observations publiées pour voir la lenteur de cette évolution, tout au moins tant que la tumeur n'est pas ulcérée.

Dans le cas du professeur Estor, le petit malade était porteur, depuis l'âge de 6 ans, d'une petite tumeur, et ce n'est qu'à l'âge de 11 ans qu'elle s'ulcéra. L'enfant entra dans le service à 14 ans seulement. Il en fut de même dans le cas de Saint-Ange. En général, le début se fait par une petite tuméfaction, une légère élevation ou une ulcération peu profonde.

Le siège est variable, mais l'épithélioma est, en général, rencontré au niveau du frontal ou du pariétal (Chipault: pariétal gauche; professeur Estor: pariétal gauche; Saint-Ange: pariétal droit; Braun: région frontale droite.)

Ce stade de début, caractérisé par l'existence d'une lésion minime, finit, sous l'influence des causes d'irritation très nombreuses, à ce niveau: peigne, grattage, coiffures, malpropreté, etc., par se transformer en une vaste ulcération dont l'aspect est en général caractéristique chez l'adulte, mais qu'on ne rapporte pas à sa vraie cause

chez l'enfant, car chez les jeunes le diagnostic est discuté seulement entre tuberculose et syphilis.

L'ulcération se présente au début comme peu profonde, mais avec des bords surélevés et éversés. Elle est mobile sur les plans sous-jacents, mais il est facile de remarquer que sa base est indurée et que les limites de cette induration dépassent les contours de l'ulcération pour s'étendre à une certaine distance autour d'elle.

C'est à ce stade de début qu'il serait nécessaire de faire le diagnostic. Tant que la tumeur est insignifiante, tant que l'ulcération est d'étendue minime et encore mobile sur les plans sous-jacents, la thérapeutique aurait des chances d'être efficace. Malheureusement, chez les jeunes, on ne pense pas à l'épithélioma, et c'est pour cela que nous attirons l'attention sur l'existence de ces épithéliomas. On voit l'importance de ces notions, car si l'on connaît leur existence, il sera facile, dès ce stade, de pratiquer un examen histologique qui permettra d'appliquer un traitement logique.

Lorsque l'ulcération est devenue plus importante, elle peut se présenter à nous sous deux formes très distinctes :

La forme végétante ;

La forme ulcéreuse.

Dans la première forme, la *forme végétante*, le fond de l'ulcération se présente recouvert de bourgeons exubérants, de végétations ; une sécrétion d'abondance variable sourd entre ces formations exubérantes. Ce liquide louche est en général fétide. Dans la forme ulcéreuse, au contraire, on ne note pas cette tendance à former des choux-fleurs exubérants, on trouve plutôt des bourgeons peu

volumineux dans le fond de l'ulcère, qui, moins irrégulier que dans la forme bourgeonnante, paraît plat.

Ici encore, on retrouve cette sécrétion d'un liquide ichoreux, d'une odeur souvent repoussante.

Dans les deux cas, on note que le fond de l'ulcère saigne très facilement.

Dans des stades plus avancés, le fond est constitué par les os de la voûte, mis à nu par le processus ulcéreux. Nous notons dans notre observation que « le pariétal était à nu et sonnait la nécrose ».

L'examen des territoires lymphatiques révèle l'existence de ganglions hypertrophiés.

Si le néoplasme siège sur la partie antérieure de la voûte, on rencontrera de l'adénopathie parotidienne ou préauriculaire.

Cette adénopathie sera mastoïdienne et cervicale lorsque le cancer intéressera les pariétaux.

Les ganglions sous-occipitaux seront hypertrophiés lorsque la région occipitale sera intéressée.

Pendant longtemps, l'affection est uniquement constituée par l'ulcération et l'adénopathie, mais bientôt, lorsque le néoplasme s'étend, apparaissent des douleurs et une atteinte de l'état général.

L'état général, bien conservé au début, décline peu à peu, le sujet est pâle et amaigri. Il deviendra cachectique dans les stades ultimes.

La douleur n'existe pas au début, elle apparaît même tardivement; elle peut être légère, et certains sujets ne ressentent que des élancements plutôt qu'une vraie douleur.

Quelquefois la douleur n'est due qu'aux complications inflammatoires du mal: abcès, irritation de voisinage due à l'ichor sécrété par l'ulcération.

Le malade observé par le professeur Estor se plaignait de douleurs très vives apparaissant de temps en temps sous forme de paroxysmes (sensations de cuisson, de brûlure).

EVOLUTION — COMPLICATIONS

L'évolution de l'épithélioma du cuir chevelu se fait vers l'aggravation et l'extension du mal.

Cette extension se fait, après des périodes pendant lesquelles le cancer peut demeurer stationnaire, soit en surface, soit en profondeur.

En général, les deux processus marchent de pair.

Le néoplasme envahit de proche en proche les tissus voisins; « son extension locale se fait sans arrêt, elle s'accompagne d'un état général de plus en plus mauvais. De temps en temps, des paroxysmes douloureux sont ressentis au niveau de l'ulcération ».

Il peut recouvrir alors une étendue considérable du cuir chevelu, constituant une large perte de substance sécrétant un ichor abondant et fétide.

Le néoplasme s'infiltré également en profondeur et envahit l'aponévrose épieranienne et l'os; il n'est alors plus mobilisable.

Il peut alors se propager plus profondément, détruire les os de la voûte et atteindre les méninges et l'encéphale.

Notre observation en constitue un exemple remarquable.

« Le fond de l'ulcération est formé par les os de la voûte du crâne. Ces os sont dénudés, noirâtres, nécrosés; mais il n'existe pas de perte de substance apparente à

leur niveau. L'isolement du cerveau est difficile; il faut agir en deux temps: séparer d'abord la calotte avec le cerveau, puis isoler le cerveau de la voûte du crâne.

» L'étendue des lésions, de nombreuses adhérences méningées, rendent ces opérations très difficiles. Les adhérences intéressent sur l'encéphale la partie supérieure du lobe occipital gauche et la partie supérieure de la zone sensitivo-motrice du même côté. Il est impossible de trouver un plan de clivage, et il faut sculpter le cerveau pour le détacher.

» Sur une coupe oblique et antéro-postérieure passant par le point où les lésions sont maxima, on trouve que le cancer a non seulement refoulé l'encéphale, mais encore l'a envahi. »

Dans le cas de Braun, le cerveau était également envahi et l'on dut réséquer la dure-mère sur une étendue de 3 centim. 5 sur 4 centimètres; la substance cérébrale était adhérente, et un mois après on dut encore exciser une partie de la dure-mère et cautériser la surface cérébrale.

Cet envahissement du cerveau se traduit en clinique par des troubles nerveux qui varient avec la zone atteinte.

Le malade du professeur Estor présenta de violentes crises nerveuses avec agitation, cris, convulsions, paralysies, etc., que l'on retrouvera décrits dans l'observation.

Ces phénomènes nerveux, bien étudiés dans la thèse de Puginier, varient depuis la céphalée circonscrite ou diffuse, jusqu'à des phénomènes convulsifs, de l'hyperesthésie, de l'anesthésie, du délire.

Ces symptômes peuvent révéler une localisation plus nette; ce seront alors:

Des troubles de la motilité (convulsions, paralysie);

Des troubles sensitifs et sensoriels;

Des troubles intellectuels;

Des troubles du langage.

Mieux que toute description théorique, la lecture de l'observation montrera le tableau clinique de ces accidents nerveux.

Mais d'autres complications plus fréquentes se rencontrent au niveau des cancers du cuir chevelu.

Ce sont les hémorragies si faciles qui se produisent au niveau de l'ulcération, et chaque pansement s'accompagne d'un suintement des végétations qui finit par anémier le malade.

Les infections secondaires se produisent fréquemment soit au niveau de la lésion, car le cuir chevelu est un point de l'organisme particulièrement septique, soit au niveau des ganglions, pouvant donner des abcès, des adéno-phlegmons.

Dans les stades avancés de l'affection, enfin, des métastases vont disséminer dans tout l'organisme les cellules cancéreuses, et chez notre petit malade on a noté un grand nombre de foyers secondaires dans divers organes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du cancer du cuir chevelu ne présente pas de caractères exceptionnels.

Au point de vue macroscopique, nous avons indiqué avec assez de détail les deux formes observées :

a) *La forme végétante*, caractérisée par ses végétations, ses bourgeons néoplasiques exubérants ;

b) *La forme ulcéreuse*, avec son ulcération à bords surélevés et éversés, à fond plat, sanieux, à processus rongéant.

Dans les deux cas, le néoplasme repose sur une base indurée, plus étendue que le mal apparent.

Un liquide louche et très fétide s'écoule de l'ulcération.

L'étendue du néoplasme est très variable, elle a une tendance à l'accroissement en largeur et en profondeur.

Dans la profondeur, l'os ne tarde pas à être atteint par le néoplasme ; il est grisâtre puis noirâtre, sonnant la nécrosé. Il paraît raréfié, spongieux et peut montrer une perte de substance.

Au-dessous de la calotte, les méninges sont épaissies et blanches ; le cerveau est adhérent ; il faut, pour le séparer du crâne, le détacher au bistouri ou aux ciseaux. Il est plus ou moins envahi par l'épithélioma.

Examen microscopique. — L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma.

Par suite de sa formation aux dépens du cuir chevelu, c'est un *épithélioma pavimenteux* tantôt tubulé, tantôt lobulé.

L'observation du professeur Estor est intéressante à étudier au point de vue histologique, car l'épithélioma observé chez le petit malade simulait le sarcome, en particulier un sarcome alvéolaire : « Or il n'en est rien, il s'agit d'un épithélioma, et ce qui le prouve, c'est, d'une part, la transformation progressive des cellules malpighiennes en cellules cancéreuses; d'autre part, la présence de filaments de passage entre les différents éléments néoplasiques. »

En effet, on voit, en certains points, la vitrée et la couche basale disparaître et les cellules malpighiennes proliférer librement dans le tissu conjonctif sous-jacent. Les cellules perdent peu à peu leurs caractères, elles deviennent arrondies ou polygonales et, en même temps, forment des amas de plus en plus petits, pour arriver à n'être plus représentés que par un seul élément, noyé au sein du tissu conjonctif formant les alvéoles.

Cette structure rappelle celle de la *linite plastique de Brinton*, dans laquelle les cellules cancéreuses, au lieu de former de gros amas, s'isolent et forment des groupes monocellulaires. »

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancroïde de cuir chevelu est en général relativement facile chez les adultes lorsque l'affection est constituée; ce diagnostic ne présente des difficultés qu'au début (fissures des téguments, croûtes séniles, loupes exubérantes, sont les formes de début).

Mais chez l'enfant ce diagnostic est rarement porté, car on ne pense pas à l'épithélioma chez les jeunes.

On croit, en général, à de la tuberculose ou à de la syphilis. Un point à noter lorsque l'affection débute est l'induration profonde que révèle la palpation et qui doit éveiller l'attention.

Au besoin, dans ces cas de début, il ne faut pas hésiter si l'on remarque quelque anomalie dans les caractères cliniques de cette croûte, de cette tumeur suspecte, d'en prélever un fragment pour le soumettre à l'examen histologique.

A la phase d'ulcération, les erreurs de diagnostic à éliminer sont la tuberculose, la syphilis et l'ostéomyélite des os du crâne.

Dans tous les cas, on commencera par examiner avec soin les antécédents du malade, antécédents personnels et

héréditaires pourront apporter de précieux renseignements.

L'examen direct de la lésion viendra aussi nous apporter quelques précisions.

Dans l'ostéomyélite, l'affection a une allure aiguë, fébrile, la marche des accidents est rapide et douloureuse; tous ces caractères s'opposent donc à ceux du néoplasme: lent, apyrétique, indolore au début. Les phénomènes généraux de l'ostéomyélite, la formation rapide d'un abcès bientôt suivi de fistulisation donnent à cette affection des caractères précis.

Dans la tuberculose, au contraire, l'évolution est lente et apyrétique, mais l'aspect des ulcérations tuberculeuses est bien connu; nous n'avons pas ici les bords surélevés, épais, du cancer, mais des bords amincis et décollés, la sécrétion ichoreuse fétide du néoplasme est remplacée par l'issue d'un pus séreux et grumeleux.

L'évolution est très lente, l'état général du sujet est caractéristique et souvent le sujet présente d'autres manifestations tuberculeuses.

Dans la syphilis enfin, en plus des antécédents, souvent très précis, la notion de la formation d'une tumeur nettement limitée, puis ulcérée, après avoir éliminé un bourbillon visqueux et filant, est importante. La céphalée avec exacerbation nocturne est un caractère à noter.

Enfin, la réaction de Wassermann et le traitement d'épreuve doivent actuellement être toujours mis en œuvre dans les cas douteux.

Enfin, l'examen histologique d'un fragment de la tumeur viendra nettement résoudre le problème.

Lorsque le diagnostic de cancer du cuir chevelu est

posé, il faut encore rechercher le degré des lésions, caractère important pour poser les indications thérapeutiques.

L'examen de l'ulcération et son exploration attentive, l'étude de la symptomatologie permettront de reconnaître s'il y a atteinte des os de la voûte ou de l'encéphale.

Il faut enfin rechercher s'il n'existe pas de métastases qui contre-indiqueront toute thérapeutique active.

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer du cuir chevelu, comme celui de tous les cancers, varie avec la phase de l'affection.

Une extirpation large au début peut permettre d'arrêter la marche extensive du néoplasme.

Malheureusement, comme nous l'avons fait ressortir dans la symptomatologie, le cancer du cuir chevelu présente une évolution insidieuse au début et est pendant longtemps méconnu ou, pris pour une affection bénigne, traité par des moyens insuffisants.

Dans les stades de début, une exérèse large peut donner des chances de guérison.

Lorsque les ganglions sont envahis, les chances de guérison sont plus aléatoires. En tout cas, les interventions pratiquées deviennent plus étendues et plus périlleuses.

Mais lorsque les os du crâne, les méninges et l'encéphale sont atteints, le pronostic devient très sombre.

Dans le cas de Braun, l'intervention, poursuivie à deux reprises différentes jusque sur le cerveau, fut suivie de guérison; mais il serait intéressant de savoir ce qu'est devenu ensuite le malade.

TRAITEMENT

Plusieurs méthodes peuvent être actuellement opposées aux néoplasmes du cuir chevelu.

Les caustiques peuvent être utilisés au début (chlorate de potasse, acide chromique), mais leur action étant variable, mieux vaut recourir à d'autres méthodes plus efficaces.

Le thermocautère (J.-L. Faure) peut rendre de grands services dans les cas de vastes ulcérations très anfractueuses, végétantes, à clapiers purulents, l'hémorragie toujours considérable au niveau du cuir chevelu est ainsi évitée.

La radiothérapie a donné des succès dans les petits épithéliomas; on pourra également essayer cette méthode pendant quelque temps.

Mais l'excision paraît être la méthode de choix à opposer aux cancroïdes du cuir chevelu. On fera toujours une large exérèse, dépassant les limites de la tumeur ou de l'ulcération.

La perte de substance sera, suivant les cas, comblée par suture, soit par autoplastie ou par cicatrisation à plat.

Dans les vastes plaies résultant de l'exérèse large, les greffes trouvent une de leurs meilleures indications.

Mais dans les cas avancés, dans les récidives, ces méthodes seront insuffisantes; il faudra alors joindre à l'exercice large de l'épithélioma l'ablation totale des groupes ganglionnaires envahis, la résection des portions d'os atteintes dans toute l'épaisseur de la voûte, même si les parties superficielles sont seules lésées.

Chipault, chez son petit malade âgé de 8 ans, réséqua une partie de la voûte crânienne atteinte par le néoplasme et obtint la guérison (malade suivi un an).

Enfin, lorsque la tumeur a envahi les méninges et les centres nerveux, les interventions varieront avec l'étendue des lésions.

On peut dans ces cas extrêmes tenter des opérations intracrâniennes pour aller extirper les lésions cérébrales, comme le fit Braun avec un succès immédiat (nous n'avons pas retrouvé les suites éloignées de l'opération), et comme on le fit souvent chez l'adulte avec succès.

Dans les cas trop avancés, la thérapeutique sera exclusivement palliative. Le professeur Estor essaya, chez son petit malade, l'électrosélénium sans aucun succès.

On devra se contenter de panser très aseptiquement l'ulcération en la protégeant contre l'infection et contre les traumatismes, car les hémorragies sont produites par des causes minimes. La douleur sera combattue par des injections de morphine.

Toutes les complications nécessitent un traitement spécial que nous ne pouvons passer en revue (hémorragie, abcès, troubles nerveux, etc.).

CONCLUSIONS

I. On peut rencontrer chez l'enfant, au niveau du cuir chevelu, des épithéliomas.

II. Ces tumeurs sont très rares chez les jeunes, mais on en possède un certain nombre d'observations indiscutables.

III. Les conditions étiologiques de ces formations sont inconnues.

IV. Leur symptomatologie, au début, est très fruste, et ils peuvent demeurer longtemps méconnus. Une ulcération apparaît ensuite, soit sous la forme ulcéreuse, soit sous la forme végétante. Elle s'accompagne d'adénopathie, de retentissement sur l'état général.

V. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

VI. Ces cancers ont une évolution extensive, ils s'étendent en largeur et en profondeur, frappant les os de la voûte et pouvant atteindre l'encéphale.

VII. Leur pronostic est grave, surtout dans les cas avancés.

VIII. Leur diagnostic est à faire surtout avec l'ostéomyélite, la tuberculose et la syphilis. En général, on peut différencier ces diverses affections; dans les cas douteux, l'examen histologique sera d'un précieux secours.

IX. Le traitement de choix est l'exérèse large au bistouri; mais dans les cas trop avancés, on ne pourra utiliser qu'une thérapeutique palliative.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Professeur Estor, communiquée par le docteur Aimes, chef de clinique)

Cancer inopérable du cuir chevelu chez un garçon de 14 ans. Début remontant à l'âge de 6 ans.

Epithélioma à forme de sarcome alvéolaire.

T. J..., 14 ans, entre à l'hôpital Suburbain, service du professeur Estor, pour une tumeur du cuir chevelu.

Antécédents héréditaires. — Père en vie et bien portant. Mère morte à 38 ans, une sœur et deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Coqueluche à 5 ans.

Maladie actuelle. . . À l'âge de 6 ans, le malade présente une petite tumeur de la grosseur d'une lentille et dépourvue de poils, sur la région pariétale gauche. Son volume augmente peu à peu et, à l'âge de 11 ans, elle s'ulcère. On la traite par des cautérisations au fer rouge. La lésion ne régressant pas, le malade est adressé à un chirurgien, qui pratique deux interventions suivies de récidives *in situ*.

Le malade entre alors dans le service de chirurgie infantile et nous constatons l'inopérabilité de la lésion.

M. le professeur Vedel fit obligeamment des injections de 606, mais elles ne donnèrent aucun résultat; nous essayâmes alors de l'électrosélénium.

L'ulcération néoplasique mesurait à ce moment 10 centimètres sur 8.

Les bords étaient surélevés, indurés. Le pariétal était à nu et sonnait la nécrose. Adénopathies cervicale postérieure et rétro-auriculaire. Etat général mauvais.

Le 22 mars, *première injection intraveineuse de 10 cc. d'électrosélénium*. Le soir, douleurs localisées au niveau de l'ulcération, pas de vomissements, pas de fièvre.

Le 23 mars, la température est de 37°3, le matin, et de 38°8 le soir.

Le 24 mars, la nuit n'a pas été bonne, la température est, le matin de 37°5, le soir de 38°1. La journée est bonne, pas de vomissements, pas de diarrhée.

Le 25 mars, température, le matin, 37°1. *Nouvelle injection de 10 cc. d'électrosélénium*. L'injection intraveineuse étant difficile, nous pratiquons une injection intramusculaire qui est douloureuse.

26 mars. — Nuit assez bonne. Réaction thermique faible.

27 mars. — *Troisième injection* dans les mêmes conditions que la deuxième; le soir, la température s'élève à 40°.

30 mars. — Le malade ne souffre pas, il a pu se lever.

31 mars. — Sensation de cuisson au niveau de la tumeur.

1^{er} avril. — *Injection intramusculaire de 10 cc. d'électrosélénium*.

2 avril. — Insomnie causée par une sensation de brûlure assez vive au niveau de la tumeur.

Les 3, 4, 5, 6, 7 et 8 avril, *injections quotidiennes* intramusculaires de 5 cc. d'électrosélénium. Les douleurs sont constantes au niveau de l'ulcération, les nuits sont agitées.

Les sécrétions fétides ont persisté et la lésion a évolué sans amélioration. Son extension locale se fait sans arrêt, elle s'accompagne d'un état général de plus en plus mauvais. De temps en temps des paroxysmes douloureux sont ressentis au niveau de l'ulcération; on pratique des lavages, des pansements au bleu de méthylène.

En juin surviennent des accidents nerveux, des plus intéressants à étudier.

Le 20 juin, l'enfant ressent des douleurs gastriques, puis il se lève sur son lit en criant, une écume sanglante apparaît à ses lèvres; on le recouche en le surveillant étroitement. Toute la nuit il divague, il a perdu la mémoire des mots; sachant fort bien ce qu'il désire, il ne trouve pas les mots pour le demander. Interrogé, il répond très bien.

Après une longue période d'agitation, il s'endort et, à son réveil, ne présente aucun phénomène anormal.

Les jours suivants, il va bien; on remarque seulement quelques modifications de son caractère, l'enfant est devenu bizarre, sombre, taciturne.

La période d'accalmie se prolonge jusqu'au 18 juillet. Il présente, ce jour-là, une agitation vive vers le soir. Il se lève sur son lit en poussant des cris violents et fait de grands mouvements convulsifs, ses yeux sont animés de mouvements. La crise se calme et est suivie d'une prostration intense, suivie elle-même d'une nouvelle période d'agitation, pendant laquelle l'enfant ne peut parler; il grimace, sa bouche se tord. Son pouls est, à ce moment, très faible. Une nouvelle période de prostration survient, puis nouvelle crise. A cette succession de crises, d'agitation, fait place une paralysie complète du côté droit, qui, le lendemain matin, n'est représentée que par une simple parésie.

Depuis ce jour, perte de la mémoire des mots. Peu à peu s'installe une paralysie complète; le malade ressent des douleurs névralgiques craniennes, thoraciques au niveau des membres. Son état général décline tous les jours et l'exitus se produit le 31 juillet 1912.

Autopsie. — Le sujet est extrêmement amaigri. A l'ouverture du thorax, on trouve au niveau de la face interne droite du volet sternocostal, un ganglion situé sur le trajet de l'artère mammaire interne.

On enlève le bloc cardio-pulmonaire. Le poumon gauche présente des adhérences formées par des brides fibreuses, surtout au niveau du tiers moyen. Le poumon droit est surtout adhérent par sa base. On sent les poumons durs, farcis de noyaux métastatiques.

Le péricarde incisé contient une quantité de liquide assez considérable.

La plèvre pariétale costale et diaphragmatique du côté droit est recouverte de taches nombreuses, comparables à des taches de cire de bougie.

Le poumon gauche pèse 190 grammes. A sa surface, sont irrégulièrement disséminées de très nombreuses taches de bougie. Le poumon placé dans l'eau surnage. A la coupe frontale, passant par le hile, on rencontre un gros noyau métastatique, du volume d'une grosse noix et quelques noyaux plus petits disséminés.

La coupe permet de remarquer que parmi les taches qui recouvrent la surface du poumon, les unes sont en saillie, superficielles; d'autres, au contraire, se continuent en plein parenchyme.

Le poumon droit pèse 300 grammes. Extérieurement, il présente le même aspect que le poumon gauche. A la coupe, il est plus que le précédent, farci de noyaux. Au niveau du hile, se trouve un énorme noyau qui adhérerait

au péricarde; il est situé en plein tissu pulmonaire et son volume est celui d'une mandarine.

Tous ces noyaux métastatique sont adhérents, mais paraissent assez limités et distincts du tissu pulmonaire refoulé.

Le cœur a ses parois hypertrophiées, il pèse 220 grammes. Le péricarde pariétal est épaissi.

A l'ouverture de l'abdomen, on remarque les anses grêles dilatées. Le colon transverse est, au contraire, très réduit; ses dimensions ne dépassent pas deux centimètres de diamètre.

La situation des organes abdominaux est normale.

Il existe un grand nombre de ganglions durs et volumineux. Le foie est onctueux au toucher, d'aspect jaunâtre, les côtes et les organes voisins ont laissé des empreintes marquées sur sa surface. Son poids est de 1.075 grammes. La vésicule est de petit volume.

La rate pèse 135 grammes, elle paraît normale. L'estomac volumineux, en situation normale. Le duodénum ne présente rien de particulier, mais le pancréas est dur, non augmenté de volume dans son ensemble, mais épaissi. Autour de lui, surtout en arrière, se trouvent disséminés de nombreux ganglions, très volumineux et durs. L'organe a un aspect spongieux à la coupe.

Les reins sont de volume normal; ils présentent de profondes incisures et pèsent respectivement 95 et 105 grammes.

Calotte crânienne, encéphale. — Sur la partie occipito-pariétale gauche du crâne, existe une ulcération d'environ 10 centimètres de diamètre, dont les bords sont formés par un bourrelet volumineux, qui n'est autre chose que le processus néoplasique en voie d'évolution.

Le fond de l'ulcération est formé par les os de la voûte du crâne. Ces os sont dénudés, noirâtres, nécrosés; mais il n'existe pas de perte de substance apparente à leur niveau. L'isolement du cerveau est difficile; il faut agir en deux temps: séparer d'abord la calotte avec le cerveau, puis isoler le cerveau de la voûte du crâne.

L'étendue des lésions, de nombreuses adhérences méningées, rendent ces opérations très difficiles. Les adhérences intéressent sur l'encéphale la partie supérieure du lobe occipital gauche et la partie supérieure de la zone sensitivo-motrice du même côté. Il est impossible de trouver un plan de clivage et il faut sculpter le cerveau pour le détacher.

Sur une coupe oblique et antéro-postérieure, passant par le point où les lésions sont maxima, on trouve que le cancer a non seulement refoulé l'encéphale, mais encore l'a envahi. L'écorce est encore visible, car elle tranche par sa coloration sur les tissus sous-jacents.

Il existe dans le lobe occipital, un volumineux caillot à direction antéro-postérieure, adhérent par quelques points au tissu nerveux.

Ces lésions nerveuses sont intéressantes, elles nous permettent d'expliquer les troubles nerveux que nous avons observés.

Les crises convulsives avec paralysies transitoires trouveraient leur cause dans la production de l'épanchement sanguin formé par plusieurs hémorragies successives.

La paralysie totale du côté droit, survenue en dernier lieu, est due incontestablement à l'envahissement de la partie supérieure de la zone sensitivo-motrice, envahissement qui s'est fait peu à peu avant la mort.

L'étude histologique n'est pas moins intéressante; nous

la considérons surtout au niveau de la lésion primitive et de l'encéphale.

Lorsqu'on étudie des coupes passant assez loin de l'épithélium, en pleine tumeur, on est tenté de dire qu'il s'agit d'un sarcome. Ce diagnostic serait plus conforme à ce que nous avons l'habitude d'observer en clinique; le cancer des jeunes étant assez rare et le sarcome plus fréquent.

Ce sarcome serait, dans le cas particulier, un sarcome alvéolaire. Or, il n'en est rien, il s'agit d'un épithélioma, et ce qui le prouve c'est, d'une part, la transformation progressive des cellules malpighiennes en cellules cancéreuses; d'autre part, la présence de filaments de passage, entre les différents éléments néoplasiques.

En effet, on voit, en certains points, la vitrée et la couche basale disparaître et les cellules malpighiennes proliférer librement dans le tissu conjonctif sous-jacent. Les cellules perdent peu à peu leurs caractères, elles deviennent arrondies ou polygonales et, en même temps, forment des amas de plus en plus petits, pour arriver à n'être plus représentées que par un seul élément, noyé au sein du tissu conjonctif formant des alvéoles.

Cette structure rappelle celle de la *laine plastique de Brinton*, dans laquelle les cellules cancéreuses, au lieu de former de gros amas, s'isolent et forment des groupes monocellulaires.

OBSERVATION II

Chipault (1888).

Garçon, 8 ans. Epithélioma du cuir chevelu avec envahissement secondaire de l'os à la partie supérieure du pariétal gauche.

Résection de la partie sus-crânienne de la tumeur. L'os altéré dans une grande partie de sa profondeur est réséqué sur une étendue d'environ deux centimètres carrés.

Pansement à plat.

Guérison suivie un an.

OBSERVATION III

(Esmarch).

Jeune femme de 20 ans, loupe à la nuque, blessée par un peigne. En deux ans, s'est développée une ulcération cancéreuse de 6 centimètres. Extirpation de la tumeur avec la table externe de l'os. Récidive. Pâte de Canquoin, qui amène la perforation du crâne; récidive; mort avec accidents cérébraux. L'examen microscopique montre que les glandes sébacées du voisinage prenaient part à la formation de la tumeur.

OBSERVATION IV

(Saint-Ange).

Epithélioma du cuir chevelu, début à l'âge de 13 ans.

G. Q..., 24 ans, charcutier, entre le 9 mars 1877. Depuis l'âge de 13 ans, le malade a porté dans la région pariétale du côté droit, en arrière et près de la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'un gros pois, indolente et de consistance assez ferme. Cette tumeur, au commencement de l'année 1874, se mit à grossir tout à coup sans cause appréciable; incommodé de cette difformité, le malade alla, au mois de juin, consulter un médecin qui fit, au niveau de la tumeur, une application de la pâte de Vienne

et complétant l'opération à l'aide du bistouri, enleva (dit le malade) une masse dure, d'aspect charnu. A la suite de cette extirpation, la petite plaie resta longtemps en voie de cicatrisation.

Les cautérisations au nitrate d'argent (à partir du 1^{er} janvier 1875) activèrent la cicatrisation qui finit par être complète.

Au mois d'avril 1875, à la suite des frottements répétés contre la cicatrice, celle-ci fut détruite; la plaie se recouvrit. En dépit de cautérisations au nitrate d'argent et de greffes épidémiques, la plaie, cette fois, ne se ferma pas et une nouvelle tumeur se développa au contraire à son niveau.

Au mois de mars 1876, une seconde tumeur se forma à côté de la première, dans la région occipito-pariétale droite et acquit bientôt un volume plus considérable qu'elle. Ablation à l'aide du bistouri, mais la cicatrisation ne put être obtenue et la tumeur se reproduisit.

Vers la fin de 1876, quelques hémorragies se produisirent. Pas de douleurs. Son état se maintenait toujours à un degré satisfaisant. L'action, suivant constamment une marche progressive, le malade entre à l'hôpital (6 mars 1877). Nous le trouvons dans l'état suivant:

Dans la région occipito-pariétale droite, il existe une tumeur du volume du poing, qui se continue au-delà de la ligne médiane avec une tumeur d'un aspect semblable, du volume d'un œuf de poule. Ces tumeurs sont dures, elles sont ulcérées dans toute leur étendue et la surface est accidentée, végétante et un peu friable. Elles saignent facilement, au moindre contact. L'hémorragie qui se produit alors est assez abondante, mais s'arrête facilement à l'aide d'une compression un peu forte. Aux limites de la tumeur, qui est bien circonscrite, la peau est saine et

l'os sous-jacent ne paraît avoir subi aucune altération. Dans la région sous-occipitale, il existe deux ganglions tuméfiés et de consistance dure.

L'aspect général du malade est d'ailleurs satisfaisant. La face est pâle, ce qu'expliquent suffisamment les hémorragies répétées des derniers temps, mais sans teinte spéciale. Les forces ne sont pas altérées; l'appétit est conservé. Le malade n'accuse pas la moindre douleur soit spontanée, soit provoquée.

20 mars. — Ablation de la tumeur. Incision de la peau à quelques millimètres de cette dernière, à l'aide du thermo-cautère Paquelin. Hémorragie assez considérable.

Dans un deuxième temps, on détache la tumeur des parties profondes, à l'aide du bistouri et de la rugine. L'os, largement dénudé, est sain.

6 avril. — La formation du tissu fibreux cicatriciel est en bonne voie et permet de prévoir une guérison prochaine.

La tumeur enlevée a été examinée par M. Malassez et le diagnostic d'épithélioma s'est trouvé confirmé.

OBSERVATION V

H. Braun (Arch. f. Klin. chir., 1893, p. 186).

F..., 15 ans. Epithélioma du cuir chevelu, situé au niveau de la région frontale droite, avec envahissement du cerveau.

Curettage et pansements antiseptiques de la partie externe de la tumeur. Excision de sa partie superficielle donnant une surface dénudée de 11 cent. 5 sur 10 cent. 5. En attaquant l'os, on ouvre une branche intra-osseuse de la méningée moyenne, et on remet à plus tard la suite de l'opération pour tamponner.

Quinze jours après, ouverture osseuse de 6 cent. 5 de diamètre, puis résection de la dure-mère sur une étendue de 3 cent. 5 sur 4 et de la substance cérébrale adhérente au-dessous; pansement à la gaze iodoformée. Quatre jours après commence un prolapsus cérébral, qui ne disparaît qu'au bout de un mois; à ce moment, résection d'un nouveau fragment d'os où paraît s'être fait de la récurrence; excision de la dure-mère sous-jacente et cautérisation de la surface cérébrale au bout de un mois.

Autoplastie par le procédé de Kœnig et greffes de Thiersh. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAM. — Soc. franç. de dermatologie, avril 1890.
- AUVRAY. — Mal. du crâne et de l'encéphale (Le Dentu et Delbet, Nouveau Traité de chir., t. XIII, p. 245).
- BERLIEZ. — Gazette des Hôpitaux, 1888.
- BÉRARD. — Lyon Médical, juin 1895, et Revue de chirurgie, août 1895.
- BRAUN. — Arch. f. klin. chir., 1893, p. 186.
- BRICE. — Thèse de Lyon, 1896.
- BROCA. — Gazette hebdom. de Médecine, oct. 1888.
- CHIPAULT. — Chirurgie du syst. nerveux, t. I.
- CORNIL. — Cancer. Dict. Encycl. des Sc. méd.
- ETIENNE et AIMES. — Cancer inopérable du cuir chevelu chez un garçon de 14 ans (Soc. des Sc. méd. de Montpellier, 20 février 1913).
- HENCK. — Berliner Klin. Woch., 1882, p. 249.
- ICONOMOFF. — Epithélioma du cuir chevelu. Thèse Bordeaux, 1903.
- JAUSION. — Thèse de Paris, 1876.
- KIRMISSON. — Bulletin Médical, 29 avril 1887.
- KRÖNLEIN. — Corr. Blatt. f. Schw. Aerzte, 15 août 1889.
- LANGENBECK. — X^e Congrès all. de chir., 1881, p. 16.

LÉPINE. — Thèse d'agrégation, 1875.

LOSSEN. — Arch. f. klin. chir., Rd. 23, p. 227.

MERCIER-VALENTON. — Thèse de Paris, 1881.

NICAISE. — Revue de chirurgie, sept. 1886.

PORET. — Thèse de Lyon, 1893.

POUSSON. — Soc. de chir., 1889.

PUGINIER. — Thèse de Montpellier, 1897.

RAYMOND. — Gaz. des hôpitaux, août 1890.

SAINT-ANGE. — Soc. anatom. de Paris, 1877.

SMITH. — The Lancet, sept. 1894.

WEIR. — Améric. Journ., 1888.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 février 1914
Pour le Recteur,
le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 février 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
